　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医ケア　様式第８号）

**豊中市医療的ケアのある重症心身障害者支援にかかる施設運営補助金請求書**

豊中市長　　　様

　　　　年　　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 十億 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※金額の頭に「￥」を記入

　　　　　年 　　　月　　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 事業者 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| 代表者職  ・名前(※) |  | | | | | | | | | |
| 担当者 | 名前 |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

※代表者が自署しない場合は、記名押印してください